



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.411.007.01.2016
R/16/004

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
lpoc@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/16/004 – Dostępność terapii przeciwbólowej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1. Maciej Sterczała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/35/2016 z 23 maja 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Maria Wojcińska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/42/2016 z 31 maja 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Kliniczny im. Heliodora Świąteczkiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Krystyna Mackiewicz, Dyrektor Szpitala (dalej: Dyrektor)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie NIK, w Szpitalu zorganizowano system umożliwiający rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu. Opracowane procedury dotyczyły identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych oraz monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów w okresie okołoperacyjnym. Procedury te dostosowano do rozległości i stopnia urazu oraz obejmowały zalecenia dotyczące szczególnych grup pacjentów. W procedurach jednoznacznie wskazano rolę personelu medycznego w zakresie edukacji pacjentów oraz prowadzenia terapii przeciwbólowej. Nie we wszystkich przypadkach procedury te były jednak stosowane. Dotyczyło to głównie braku monitorowania skuteczności leczenia przeciwbólowego.

W Szpitalu dążono do pogłębiania wiedzy personelu medycznego m.in. na temat metod uśmierzania bólu, oceny stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego oraz powikłań nieodpowiedniego leczenia przeciwbólowego. Pacjentów informowano natomiast o zakresie możliwości i metodach uśmierzania bólu.

Szpital zagwarantował pacjentom dostęp do diagnostyki i leczenia w poradni leczenia bólu. Czas pracy poradni nie był jednak w pełni zgodny z zapisami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej również: NFZ).

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje trzypięciową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu.

1.1. Zgodnie z wdrożonymi w Szpitalu *Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych oraz Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym*, do zadań lekarzy należała edukacja pacjentów w zakresie metod leczenia bólu oraz zapoznanie ze skalą jego natężenia. W przypadku pacjentów przewidzianych do operacji w znieczuleniu miejscowym, zadanie to wykonywał lekarz prowadzący (po godz. 15:00 lekarz dyżurny danego Oddziału), a w przypadku pacjentów przewidzianych do operacji w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym – lekarz anestezjolog. Wypełnienie powyższych obowiązków informacyjnych powinno zostać potwierdzone złożeniem przez lekarza podpisu w historii choroby. Ponadto, przy przyjęciu na Oddział w celu wykonania operacji, do zadań pielęgniarek należało przekazanie ulotek dotyczących sposobów zwalczania bólu oraz zobowiązanie pacjentów do zapoznania się z ich treścią. Przygotowane ulotki dotyczyły wykonywania bloków nerwowych, bólu po zabiegu chirurgicznym, leczenia bólu metodą nadtwardówkową oraz działania pompy do znieczulenia kontrolowanego przez pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 92-101, 105, 109-110, 115)

1.2. W Szpitalu opracowano broszurę informacyjną z kartą praw pacjenta. W dokumencie znalazł się zapis o poszanowaniu godności pacjenta w stanie terminalnym i prawie do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Brak było informacji skierowanej do pacjentów operacyjnych bądź cierpiących na ból przewlekły. Pisemna informacja², zdaniem NIK, ułatwiłaby tym pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu.

(dowód: akta kontroli str. 52-71)

1.3. Zgody pacjentów na: znieczulenie ogólne, znieczulenie zewnątrzoponowe lub podpajęczynówkowe oraz znieczulenie przez blokadę nerwów obwodowych zawierały m.in. opis proponowanego znieczulenia, informacje o jego bezpieczeństwie i ryzyku podczas zastosowania, alternatywnych metodach znieczulenia, dających się przewidzieć następstwach oraz zaniechaniach zastosowania proponowanego znieczulenia.

(dowód: akta kontroli str. 72-91)

2. Organizacja procesu leczenia bólu.

2.1. W 2015 r. Szpital uzyskał akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jednym ze standardów akredytacyjnych było opracowanie i wdrożenie procedury oceny i skutecznego leczenia bólu.

2.2. Dyrektor Szpitala, 20 grudnia 2014 r., powołał zespół ds. leczenia bólu³ (dalej: Zespół), w skład którego weszli: lekarz Oddziału Klinicznego Anestezjologii,

² Za zespołem ekspertów powołanym przez: Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne (zobacz: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”; dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>). Przywołane wytyczne o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia dotyczą postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgeza porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego.

³ Zarządzenie wewnętrzne nr 07/12/2014.

Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu oraz dwie pielęgniarki anestezyjologiczne. Do zadań Zespołu należało m.in. opracowanie i uaktualnianie procedur monitorowania i leczenia bólu, opiniowanie receptariusza w zakresie produktów leczniczych stosowanych w leczeniu bólu, uczestnictwo w szkoleniach dotyczących terapii przeciwbólowej i ich prowadzenie. Jednym z efektów prac Zespołu było opracowanie procedur pn.: *Ogólne zalecenia dotyczące identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych oraz Ogólne zalecenia dotyczące monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym*.

(dowód: akta kontroli str. 100-130)

2.3. *Ogólne zalecenia dotyczące monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym* zawierały wytyczne w zakresie postępowania przeciwbólowego w zależności od rozległości i stopnia urazu (zabiegi operacyjne połączone z: niewielkim urazem tkanek, miernym urazem tkanek oraz ze znacznym i rozległym urazem tkanek) oraz odnosiły się do szczególnych grup pacjentów (pacjenci w podeszłym wieku; otyli; z obturacyjnym bezdechem podczas snu; chronicznie uzależnieni od opioidów; z bólem po kraniotomii oraz po zabiegu artroplastyki stawu biodrowego i kolanowego).

(dowód: akta kontroli str. 109-127)

Zgodnie z ww. procedurami, w przypadku pacjentów nieoperowanych, osobą odpowiedzialną za zlecenie leczenia przeciwbólowego, weryfikację jego skuteczności oraz monitorowanie działań niepożądanych był lekarz prowadzący danego Oddziału. W przypadku pacjentów operowanych, odpowiedzialność za zlecenie leczenia leżała po stronie lekarza danego Oddziału (dotyczyło to zabiegów w znieczuleniu miejscowym) bądź lekarza Oddziału Anestezjologii (w przypadku zabiegów w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym). Do obowiązków personelu pielęgniarskiego należało zapoznanie się z zaleceniami postępowania przeciwbólowego bezpośrednio po przejęciu pacjenta z bloku operacyjnego.

Niezależnie od rodzaju stosowanej procedury, oceny stopnia natężenia bólu przed podaniem zleconego środka przeciwbólowego dokonywał personel pielęgniarski. Był on również odpowiedzialny za informowanie lekarza prowadzącego (lub lekarza dyżurnego – po godz. 15:00) o przypadkach niewystarczającej analgezji. W przypadku bólu trudnego do uśmierzania, lekarz prowadzący (dyżurny) miał obowiązek skonsultowania się z lekarzem Oddziału Klinicznego Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu lub Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

(dowód: akta kontroli str. 100, 105, 109-110, 115)

Zgodnie z procedurami, w przypadku pacjentów nieoperowanych, do dokumentacji medycznej należało załączyć Kartę kontroli bólu pacjenta (jeżeli ból był jednorazowy i minął po jednej dawce leku, wówczas nie było obowiązku zakładania takiej karty), a w przypadku pacjentów operowanych – kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego. Oba dokumenty zawierały rubrykę dotyczącą pomiaru natężenia bólu w skali numerycznej (NRS), który powinien zostać wykonany przed podaniem leku (dokonaniem interwencji medycznej mającej złagodzić ból) oraz po zastosowaniu środka.

(dowód: akta kontroli str. 100, 105, 107-108, 115, 125)

Dyrektor wyjaśnił, że uzasadnieniem braku zakładania karty kontroli bólu pacjenta w przypadku bólu jednorazowego lub mijającego po jednej dawce leku był zamiar nie tworzenia zbędnej dokumentacji medycznej oraz nie przysparzania dodatkowej pracy i tak już bardzo obciążonemu obowiązками personelowi medycznemu.

(dowód: akta kontroli str. 486, 489)

2.4. W Szpitalu wdrożono system kontroli jakości leczenia bólu, polegający na cyklicznym⁴ wykonywaniu przeglądów dokumentacji medycznej i sporządzaniu raportów z tych przeglądów. Według raportów, główny problem stanowił brak dokumentowania kontroli bólu oraz brak wskazywania przez lekarzy godzin podawania środków przeciwbólowych (zlecenie podawania leków „w razie bólu”).

(dowód: akta kontroli str. 140-151)

W Szpitalu nie rozważano opracowania procedur leczenia bólu pacjentów ambulatoryjnych.

(dowód: akta kontroli str. 486, 489)

2.5. Według stanu na 31 maja 2016 r., na Oddziale Klinicznym Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zatrudnione były łącznie 143 osoby, w tym 91 pielęgniarek (pielęgniarzy) i 37 lekarzy⁵.

(dowód: akta kontroli str. 152-155)

Na 31 maja 2016 r. w Szpitalu zatrudnionych było 13 psychologów i psychologów klinicznych. Byli oni odpowiedzialni za prowadzenie procesu terapeutycznego pacjentów, w tym codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich, przeprowadzanie wywiadów oraz wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych.

(dowód: akta kontroli str. 156-159)

2.6. Stosowanie w Szpitalu procedury leczenia i skuteczności leczenia bólu sprawdzono na próbie dokumentacji medycznej 205 pacjentów, i tak:

- w 97 na 100 przypadków dotyczących pacjentów nieoperowanych, nie sporządzono Karty kontroli bólu pacjenta, ponieważ pacjent nie zgłaszał bólu bądź ból był jednorazowy lub mijał po jednej dawce leku. Dotyczyło to głównie pacjentów przyjętych w celu wykonania badań diagnostycznych;
- karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego została założona i prawidłowo wypełniona w 26 na 105 przypadków dotyczących pacjentów operowanych. W 11 przypadkach nie założono karty, ponieważ pacjent nie zgłaszał bólu przy przyjęciu do szpitala ani po operacji lub zabiegu, a lekarz nie zalecił podawania środków przeciwbólowych.

(dowód: akta kontroli str. 163-367)

W objętej kontrolą NIK dokumentacji medycznej nie odnotowano działań niepożądanych leków przeciwbólowych.

(dowód: akta kontroli str. 163-367)

2.6. W skład Szpitala wchodziła poradnia leczenia bólu (dalej: Poradnia)⁶. Poradnia była czynna pięć dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku). Świadczenia były wykonywane przez maksymalnie czterech lekarzy⁷ oraz dwie pielęgniarki. Lekarze posiadali kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸. Dyrektor zapewniła, że w szpitalu nie występują sytuacje kierowania lekarza dyżurującego w Poradni do pracy na bloku operacyjnym, kosztem odwoływania wizyt pacjentów.

⁴ Styczeń – kwiecień 2015, maj 2015, lipiec-grudzień 2015.

⁵ Pozostały personel stanowili sanitariusze szpitalni (8), opiekunowie medyczni (2), ratownicy medyczni (2), salowe (2), sekretarka medyczna (1).

⁶ Umowa z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (AOS) nr 150003181/02/1/0123/0/12/16 z 15 lutego 2012 r. wraz z aneksami (dalej: umowa AOS).

⁷ Umowa podlegała aneksowaniu i liczba lekarzy udzielających świadczeń w poradni wynosiła od dwóch do czterech.

⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 357.

(dowód: akta kontroli str. 407-427, 443-471, 480)

Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie leczenia bólu wyniósł: w 2015 r. - 108 955,60 zł, a w 2016 r. – 104 346,40 zł, a na świadczenia pierwszorazowe w zakresie leczenia bólu: w 2015 r. - 27 498,80 zł, a w 2016 r. - 27 250,40 zł.

W 2015 r. stopień wykonania kontraktu na świadczenia w zakresie leczenia bólu wyniósł 102,4%⁹, a na świadczenia pierwszorazowe – 100,19%¹⁰. W odpowiedzi na pytanie, czy w związku z przekroczeniem wykonania kontraktu na 2015 r. zostały lub zostaną podjęte przez Szpital lub NFZ działania związane z rozliczeniem nadwykonania Naczelny Lekarz Szpitala wyjaśnił, że NFZ po zamknięciu okresu rozliczeniowego za rok 2015 dokonał bilansowania wszystkich umów, w tym umowy nr 150003181/02/1/0123/0/12/16. Środki finansowe zostały "przesunięte" z zakresów, w których były niewykonania na zakresy z przekroczoną wartością kontraktu. W ww. umowie środki z niewykonanych nie pozwoliły na pokrycie wszystkich wykazanych do rozliczenia świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 407-429, 492, 494)

Zgodnie z umową AOS, w miejscu udzielania świadczeń dostępne były zestawy do uśmierzania bólu przy zastosowaniu prądów TENS oraz zestawy do wykonywania blokad przeciwbólowych, a w lokalizacji: dwa aparaty rentgenowskie, dwa urządzenia USG oraz zestaw do magnetoterapii.

(dowód: akta kontroli str. 406)

Liczba wizyt w Poradni w 2015 r. wyniosła 6 257, a w okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2016 r. – 2 247.

W załączniku nr 5a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ) wskazano katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych możliwych do realizacji w poradniach leczenia bólu. Ustalono, że ponad połowę udzielonych świadczeń stanowiły świadczenia zabiegowe z grupy 25, tj. prądy TENS oraz zabiegi fizykoterapii (w 2015 r. – 51,3%, a od stycznia do kwietnia 2016 r. – 52,3%), a w dalszej kolejności świadczenia specjalistyczne¹¹ 1 typu (oznaczone kodem W11: w 2015 r. - 40,6%, a w badanym okresie 2016 r. – 38,9%). Dyrektor wyjaśniła, że wybór odpowiedniego modelu postępowania leczniczego uwarunkowany jest wieloletnim doświadczeniem lekarzy pracujących w Poradni, a dwóch lekarzy uczestniczy obecnie w dwuletnim szkoleniu z akupunktury.

(dowód: akta kontroli str. 430, 472-475)

Czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do Poradni według stanu na 31 stycznia 2015 r. wynosił 45 dni, na dzień 31 grudnia 2015 r. – 5 dni, a na 30 kwietnia 2016 r. – 7 dni¹².

(dowód: akta kontroli str. 440-442)

Dla pacjentów zgłaszających się do Poradni przygotowano ankietę, w której zbierano dane dotyczące m.in. przyczyn zgłoszenia, lokalizacji, charakteru

⁹ Zakontraktowano 11 843 punktów, wykonano – 12 128. Nastąpiło przekroczenie o 2 617,40 zł.

¹⁰ Zakontraktowano 2989 punktów, wykonano – 2995. Nastąpiło przekroczenie o 51,52 zł.

¹¹ Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 28) zarządzenia Prezesa NFZ 79/2014/DSOZ świadczenie specjalistyczne to świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia, w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach dodatkowe czynności określone w zarządzeniu.

¹² Dotyczy tzw. pacjentów stabilnych. Nie odnotowano skierowań określanych jako „pilne”.

i natężenia bólu, dotychczas stosowanych leków przeciwbólowych oraz zabiegów terapeutycznych, chorób towarzyszących, jak również przebytych zabiegów operacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 476-477)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu.

3.1. W rocznym programie działań zespołu ds. leczenia bólu na 2015 r. założono zorganizowanie jednego szkolenia dla pielęgniarek i lekarzy oddziałów szpitalnych z zakresu zapoznania się ze szpitalną procedurą leczenia bólu. W szkoleniu wzięło udział 12 pielęgniarek i 10 lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 132, 368-369)

W rocznym programie działań na 2016 r. przewidziano organizację dwóch szkoleń dotyczących standardów w leczeniu bólu oraz dwóch, mających na celu przedstawienie programu „Szpital bez bólu”. Założono również uczestnictwo jednej osoby w studiach podyplomowych „Medycyna bólu”.

Szkolenia zaplanowane na pierwsze półrocze 2016 r. odbyły się zgodnie z założeniami. Zakres szkoleń obejmował m.in. powikłania nieodpowiedniego leczenia przeciwbólowego, ocenę stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego, metody uśmierzania bólu oraz uśmierzenie bólu w zależności od rozległości urazu operacyjnego¹³. W szkoleniach wzięły udział łącznie 192 osoby: oprócz lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych z większości oddziałów szpitalnych i izb przyjęć¹⁴, również przedstawiciele Dyrekcji, pracownicy apteki szpitalnej oraz Centralnego Laboratorium Analityczno-Biochemicznego. Stanowiło to 12,8% w stosunku do osób zatrudnionych na stanowiskach: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, ratowników medycznych, farmaceutów i pracowników laboratoriów oraz wchodzących w skład Dyrekcji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 136, 370-397, 404-405)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że szkolenie przeprowadzone w 2015 r. miało pomóc rozwiązać wątpliwości co do stosowania nowej procedury, jaką były uregulowania dotyczące identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu. W szkoleniu wzięli udział lekarze i pielęgniarki wytypowani przez oddziały, a ich obowiązkiem było przekazanie informacji pozostałemu personelowi. W 2016 r. Szpital zmienił politykę szkoleń wewnętrznych, tj. wprowadzono zasadę regularnych szkoleń dla personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, a frekwencja podczas zajęć jest przez Dyrekcję Szpitala oceniana jako satysfakcjonująca.

(dowód: akta kontroli str. 487-488, 490)

3.2. Na próbie 10 lekarzy zlecających podanie środków przeciwbólowych pacjentom, których dokumentacja medyczna została objęta szczegółowym badaniem stwierdzono, że czterech z nich przeszło kurs specjalizacyjny w zakresie diagnostyki i leczenia bólu, a jedna osoba kurs pn. „Wybrane zagadnienia z zakresu medycyny paliatywnej”, zgodny z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczący problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych.

(dowód: akta kontroli str. 398-403)

¹³ Zakres szkoleń obejmował tematykę rekomendowaną przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu oraz Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

¹⁴ W strukturze organizacyjnej przedsiębiorstw szpitala funkcjonuje Centralna Izba Przyjęć oraz Izba Przyjęć przy ul. Grunwaldzkiej w Poznaniu.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W dokumentacji medycznej 68 pacjentów (spośród 105 objętych sprawdzeniem) wymagających znieczulenia ogólnego lub przewodowego, lekarze nie potwierdzili faktu poinformowania pacjentów o skali natężenia bólu. W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia miejscowego brak było potwierdzenia w dokumentacji medycznej wypełnienia obowiązków informacyjnych w zakresie metod leczenia bólu oraz zapoznania pacjentów ze skalą jego natężenia. Było to niezgodne z *Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych oraz Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym*. W ocenie NIK, powyższe świadczy o nierzetelnym realizowaniu przez lekarz postanowień wewnętrznych procedur.

(dowód: akta kontroli str. 263-367, 491-492, 494)

2. W myśl § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania¹⁵, historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu. Ponadto, zgodnie z *Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym oraz Ogólnymi zaleceniami dotyczącymi identyfikacji, monitorowania i uśmierzania bólu pacjentów nieoperowanych*, natężenie bólu powinno być monitorowane co najmniej cztery razy w ciągu doby. Przegląd dokumentacji medycznej wykazał, że:

- w dwóch przypadkach pacjentów nieoperowanych, nie założono karty kontroli bólu pacjenta – Naczelny Lekarz Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z niezastosowania się lekarzy do obowiązującej procedury dotyczącej monitorowania i leczenia bólu. W jego ocenie, na podstawie dokumentacji medycznej należy stwierdzić, że pacjenci byli leczeni przeciwbólowo, jednak prześledzenie skuteczności zastosowanej terapii nie jest możliwe;
- w 22 na 105 przypadków założono kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego, jednak nie stosowano się do wymogu prowadzenia co najmniej czterech pomiarów dziennie;
- w jednym przypadku dokonano pomiarów przed zabiegiem, ale nie prowadzono karty po nim, mimo zleceń anestezjologicznych;
- w 11 na 105 przypadków pacjentów operowanych dokonano pomiarów tylko w dniu operacji (w tym w siedmiu przypadkach dokonano tylko jednego pomiaru);
- w 33 przypadkach, mimo zleceń anestezjologicznych dotyczących podawania środków przeciwbólowych, nie założono karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego;
- w badanej próbie dotyczącej pacjentów operowanych, w 15 przypadkach leki przeciwbólowe podawane były stale poprzez pompę infuzyjną. Kontrola dokumentacji medycznej wykazała brak jednolitości postępowania lekarzy co do monitorowania w takim przypadku skuteczności leczenia bólu - w pięciu przypadkach monitorowano ból poprzez wypełnianie karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego, a w 10 przypadkach lekarze nie wypełnili karty. Naczelny Lekarz Szpitala wyjaśnił, że w przypadku podawania leków przeciwbólowych w sposób ciągły (pompa infuzyjna), skuteczność

¹⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 2069. Rozporządzenie to poprzedzało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177, ze zm. - § 18 ust. 1 pkt 3).

zastosowanego leczenia powinna być (zgodnie z procedurą) dokumentowana minimum cztery razy na dobę.

Według Naczelnego Lekarza Szpitala, brak ścisłej realizacji zapisów szpitalnych procedur dotyczących monitorowania i uśmierzania bólu wynikał z braku dokładania należytej staranności w wykonywaniu szpitalnych ustaleń w tym zakresie przez personel medyczny. Jak dodał, jest to obszar działalności Szpitala wymagający ciągłego doskonalenia, nie tylko szkolenia typowo „fachowego” w zakresie monitorowania oraz leczenia bólu, ale także szkolenia w zakresie zdolności odczuwania stanów psychicznych i fizycznych leczonych w Szpitalu pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 100-125, 241, 262-367, 491-492, 494-495)

3. Czas pracy poradni leczenia bólu nie spełniał jednego z warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Poradnia była czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00, co było niezgodne z §11 ust. 5 zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie nr 79/2014/DSOZ), według którego powinna być czynna co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godz. 14:00 a 20:00. Ponadto, w umowie AOS wskazano, że w poniedziałki będzie ona otwarta od 12:00 do 18:00. Dyrektor wyjaśnił m.in., że czas pracy Poradni dostosowany jest do wymogów i preferencji leczonych w Szpitalu pacjentów, którzy preferują godziny przedpołudniowe lub południowe, jednakże w przypadku konieczności udzielania świadczeń w godzinach popołudniowych Szpital zapewnia takie zorganizowanie pracy, które umożliwia realizację świadczenia także po południu. W ocenie NIK, powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają odstępstw w czasie pracy poradni. Dostępność Poradni w godzinach popołudniowych powinna być zagwarantowana stale, a nie w miarę konieczności udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 486, 489-490, 496)

4. Nierzetelnie prowadzona była dokumentacja kadrowa oraz dotycząca kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w części dotyczącej czasu pracy w Poradni jednego z lekarzy. W jedenastu przypadkach, kontrola NIK wykazała niezgodność zapisów w aneksie nr ZS1H2 z 28 grudnia 2015 r. oraz aneksie nr H1 z 22 kwietnia 2016 r. do umowy AOS z kartami ewidencji czasu pracy. Z aneksów tych wynikało, że jeden z lekarzy miał udzielać świadczeń w Poradni, a z kart ewidencji czasu pracy wynikało, że nie świadczył on pracy w Szpitalu. Dyrektor oraz Naczelny Lekarz Szpitala wyjaśnili, że w trzech przypadkach świadczenia udzielane były przez innych lekarzy (co nie zmienia faktu, że nie dokonano zmian w aneksie do umowy w zakresie świadczenia usług przez tego lekarza), a w ośmiu przypadkach lekarz udzielał świadczeń mimo wykazania dnia wolnego w ewidencji czasu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 478-484, 493, 495)

*Uwagi dotyczące
badanej działalności*

1. Z procedury pn. *Ogólne zalecenia dotyczące monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym* nie wynika jednoznacznie, czy karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego powinna być prowadzona do dnia opuszczenia szpitala przez pacjenta czy do czasu ustania dolegliwości bólowych. Może to być jedna z przyczyn niejednostajnego sposobu prowadzenia kart przez lekarzy (karty prowadzone są od pierwszego dnia pobytu w szpitalu bądź od dnia operacji czy zabiegu, a zakończenie prowadzenia karty następuje po ustaniu dolegliwości bólowych lub w dniu opuszczenia szpitala przez pacjenta). Naczelny Lekarz Szpitala wyjaśnił, że karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego powinna być prowadzona do czasu zredukowania podaży leków przeciwbólowych i stwierdzenia

w kolejnych czterech pomiarach "0" w skali natężenia bólu według NRS. W przypadku zgłoszenia nowych dolegliwości bólowych przez pacjenta, należy wznowić prowadzenie karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego. W opinii NIK, tak istotna informacja nie powinna być dorożumiana, lecz powinna być jednoznacznie określona w procedurze.

(dowód: akta kontroli str. 109-125, 263-367, 492, 495)

2. W procedurze dotyczącej monitorowania i uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym wskazano na obowiązek zatwierdzenia przez lekarza karty postępowania przeciwbólowego poprzez złożenie podpisu w wyszczególnionym miejscu. Formularz nie zawiera jednak miejsca na podpis lekarza, wskutek czego dziewięć z 59 skontrolowanych kart nie zostało autoryzowanych¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 115, 271, 279, 282, 284, 285, 294, 348, 351, 352, 353, 354)

3. Zgodnie z umową AOS, na wyposażeniu Poradni, w miejscu realizacji świadczeń, powinien znajdować się zestaw do elektroterapii z osprzętem. Sprzęt ten, w czasie kontroli NIK, znajdował się w Pracowni Fizjoterapii (tj. w lokalizacji, a nie w miejscu udzielania świadczeń). Dyrektor wyjaśniła, że Szpital spełnił wymagania określone przez Prezesa NFZ (tj. posiadanie sprzętu w lokalizacji), niemniej zostanie dokonana stosowna zmiana w umowie z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 406, 486, 489)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁷, wnosi o:

- 1) zapewnienie przestrzegania przez personel Szpitala procedur wewnętrznych dotyczących identyfikacji i monitorowania skuteczności leczenia bólu,
- 2) zagwarantowanie pracy Poradni w godzinach popołudniowych przynajmniej raz w tygodniu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

¹⁶ W dwóch przypadkach lekarze złożyli parafę.

¹⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz Dz.U. z 2016 r., poz. 677.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Poznań, 14 lipca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Maciej Sterczała
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Andrzej Aleksandrowicz

.....
podpis

.....
podpis